令和　　年　　月　　日

令和４年度トラック運転者の健康診断受診
助 成 金 交 付 申 請 書

公益社団法人福島県トラック協会長　殿

住　　所
事業者名
代表者名　　㊞
電話番号

「トラック運転者の健康診断受診助成事業要領」に基づき実施しましたので、助成金を申請します。

記

１　助成金交付申請額　　円
（内訳　　人 ×　1,500　円）

２　健康診断実施状況

受診した病院名等		受診者人　数	人	令和４年４月１日協会名簿車両台数	台
実施年月日	令　年　月　日 ～ 令　年　月　日			診断料総額	円

３　添付書類（必ず添付すること）
- □ 請求書の写し
- □ 領収書の写し
- □ 受診者名簿

４　振込口座

金 融 機 関	銀　行・信用金庫　　支店	
口 座 種 類	普 通　・　当 座	口座番号
（フリガナ）		
口 座 名 義		

※　注意事項
（１）助成対象の診断は、**年度内１回、トラック運転者のみ**となります。
（２）助成件数は令和４年度協会名簿車両台数の１．２倍の人数まで（小数点以下切捨て）となります。
（３）申請印鑑は、代表者印（丸印）とする。会社印（角印）、個人印は認めない。